

# Solicitud de Registro

## Posgrado

**IBERO**  
PUEBLA®

Estudios con reconocimiento de validez oficial por decreto presidencial del 3 de abril de 1981, SEP. Modalidad escolarizada. Boulevard del Niño Poblano No. 2901, Colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl, San Andrés Cholula, Puebla, C.P. 72820  
Estudios con reconocimiento de validez oficial por decreto presidencial del 3 de abril de 1981, SEP. Modalidad no escolarizada. Boulevard del Niño Poblano No. 2901, Colonia Reserva Territorial Atlixcáyotl, San Andrés Cholula, Puebla, C.P. 72820

No. de cuenta \_\_\_\_\_

Folio \_\_\_\_\_

Forma ingreso \_\_\_\_\_

Por favor, llena esta solicitud con letra de molde y legible.

Cruza los cuadros correspondientes a tu respuesta. **NO llenar los espacios sombreados.**

Fecha actual: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Periodo de ingreso: Enero  Agosto

Año de ingreso: \_\_\_\_\_

Fotografía

Posgrado al que desea ingresar: \_\_\_\_\_

### — Datos del aspirante

Nombre(s)	Apellido paterno	Apellido materno
Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Lugar de nacimiento: _____	
	Ciudad	Estado País
Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Día Mes Año	Nacionalidad: _____	Tipo de FM (solo extranjeros): _____
Estado civil: _____	CURP: _____	Religión: _____
Correo electrónico: _____		

¿Tienes alguna discapacidad? Sí  No

#### Indica el tipo de discapacidad:

<input type="checkbox"/> Visual - ceguera	<input type="checkbox"/> Auditiva - hipoacusia	<input type="checkbox"/> Sordoceguera
<input type="checkbox"/> Visual - baja visión	<input type="checkbox"/> Auditiva - sordera	<input type="checkbox"/> Déficit de atención
<input type="checkbox"/> Otra discapacidad visual Específica: _____	<input type="checkbox"/> Otra discapacidad auditiva Específica: _____	<input type="checkbox"/> Intelectual Específica: _____
<input type="checkbox"/> Motriz Específica: _____	<input type="checkbox"/> Mental / Psicosocial Específica: _____	<input type="checkbox"/> Otra Específica: _____
<input type="checkbox"/> Espectro autista		
<input type="checkbox"/> Múltiple Específica: _____		

¿Hablas alguna lengua indígena? Sí  No  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Qué transporte utilizas? Automóvil propio  Automóvil familiar  Transporte público  Bicicleta  Caminando

Otro  ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Trabajas? Sí  No  Empresa donde trabajas: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

¿Has estado inscrito(a) antes en la IBERO Puebla? Sí  No  En caso afirmativo, anota tu número de cuenta: \_\_\_\_\_

## - Domicilio del aspirante

_____	_____	_____	_____
Calle	No. exterior	No. interior	Colonia
_____	_____	_____	_____
Ciudad	Estado	País	Código Postal

### Teléfonos

Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
10 dígitos 10 dígitos 10 dígitos

Otro: \_\_\_\_\_  
10 dígitos

## - Antecedentes académicos

Escuela de procedencia: \_\_\_\_\_  
Nombre Ciudad Estado

Tipo de escuela de procedencia: Particular  Pública  Promedio obtenido: \_\_\_\_\_

Nivel académico actual: Licenciatura  Especialidad  Maestría  Doctorado

Indica tus estudios previos:

Licenciatura en: \_\_\_\_\_ Maestría en: \_\_\_\_\_

Especialidad en: \_\_\_\_\_ Doctorado en: \_\_\_\_\_

## - Datos de contacto

Por favor anota los datos de la persona a la que nos podamos dirigir en caso de ser necesario.

\_\_\_\_\_ Género: F  M   
Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle No. exterior No. interior Colonia

\_\_\_\_\_ Ciudad Estado País Código Postal

Teléfonos Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
10 dígitos 10 dígitos 10 dígitos

Otro: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
10 dígitos

Certifico que los datos asentados por mí, son verídicos y acepto que, en caso de que se compruebe lo contrario, seré dado de baja automáticamente de la Universidad Iberoamericana Puebla.

Estoy informado y acepto que, con la finalidad de que la Universidad Iberoamericana Puebla pueda realizar los trámites para mi estancia en la Institución, se llevará a cabo la transferencia necesaria de mis datos y de la documentación que la respalde para la validación y registro de la misma. Consiento que mis datos personales sensibles sean tratados conforme a los términos y condiciones del aviso de privacidad

Aviso de privacidad: la Universidad Iberoamericana Puebla es responsable de sus datos personales.  
<https://www.iberopuebla.mx/aviso-de-privacidad>

\_\_\_\_\_  
Nombre del titular

\_\_\_\_\_  
Firma autógrafa del titular

Asesor de Admisión de Posgrado: